

0- 792800

На правах рукописи

КУЛЬКОВА ВАРВАРА ЮРЬЕВНА

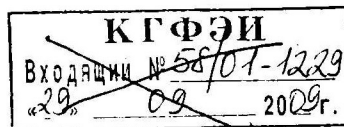
**Методологические принципы и механизм предоставления
государственных услуг здравоохранения на основе развития
межбюджетных отношений**

08.00.05 – Экономика и управление народным хозяйством
(экономика, организация и управление предприятиями, отраслями,
комплексам - сфера услуг)

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
доктора экономических наук

Кул.

Москва 2009



Работа выполнена на кафедре проблем рынка и хозяйственного механизма
Государственного образовательного учреждения Высшего
профессионального образования (ГОУ ВПО) «Академия народного хозяйства
при Правительстве Российской Федерации»

Официальные оппоненты: доктор экономических наук, профессор
Гонтмахер Евгений Шлёмович

доктор экономических наук, профессор
Хандруев Александр Андреевич

доктор экономических наук, профессор
Салихов Борис Варисович

Ведущая организация: ФГОУ ВПО «Российская академия
государственной службы при
Президенте Российской Федерации»

Защита состоится 23 октября 2009 года в 13.00 часов в зале заседаний
Ученого совета на заседании Диссертационного совета Д.504.001.02 по
защите диссертаций на соискание ученой степени доктора наук ГОУ ВПО
«Академия народного хозяйства при Правительстве Российской Федерации»
по адресу: 119571, Москва, проспект Вернадского, 82.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ГОУ ВПО
«Академия народного хозяйства при Правительстве Российской Федерации».

Автореферат разослан «18» сентября 2009 г.



Ученый секретарь
Диссертационного совета Д.504.001.02,
кандидат экономических наук, доцент

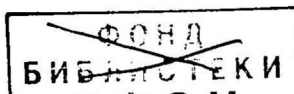
А.А. Шамов

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Развернувшийся мировой финансовый кризис актуализировал процессы сохранения и воспроизводства человеческого капитала для достижения социально-экономической стабилизации и развития Российской Федерации. Как известно, доминирующие позиции в развитии человеческого капитала занимают государственные инвестиции в здравоохранение. Модернизация отрасли здравоохранения с целью роста продолжительности жизни и рождаемости провозглашается среди приоритетов развития в Послании Президента России Федеральному Собранию РФ 5.11.2008 г.

Одни из наиболее значимых публичных новаций, затронувших функционирование отрасли здравоохранения, это реформа местного самоуправления и процесс разграничения бюджетных полномочий. В соответствии с ними по существу российское здравоохранение разделилось на федеральное, региональное и местное, а предоставление медицинских услуг корреспондирует с распределением финансовых потоков между уровнями государственной власти. В то же время федеральное правительство, не дожидаясь окончательного разграничения полномочий между уровнями власти, отступив от принципов независимости бюджетов, инициирует реализацию ПНП (приоритетного национального проекта) «Здоровье», в рамках которого осуществляется целевое межбюджетное финансирование предоставления приоритетных медицинских государственных услуг на субфедеральном уровне.

Тем самым современной этап модернизации здравоохранения очерчивает контур новых взаимодействий в предоставлении государственных медицинских услуг между государством и производителями-поставщиками услуг здравоохранения (учреждениями здравоохранения), отражающихся в движении публичных финансов от центральных органов власти в регионы и муниципалитеты, а оттуда – к производителям услуг здравоохранения. При этом взаимодействия между государством и медицинскими учреждениями сводятся к официальному выражению величины финансовых затрат отрасли здравоохранения с выделением частей финансируемых из бюджета (без разбивки на федеральное, региональное, местное участие), ФОМС и подготовке отчетов о количестве полученных ресурсов по ПНП «Здоровье». Отсутствуют эмпирическое исследование и методологическое обоснование движения финансовых потоков в отрасли здравоохранения от центральных органов власти в регионы и муниципалитеты в корреспонденции с изменениями качества и доступности предоставления медицинских услуг в условиях сегментации здравоохранения и целевого федерального финансирования. Это требует глубокого теоретического осмысления механизма предоставления



государственных услуг здравоохранения в финансовых взаимодействиях между уровнями государственной власти.

В диссертационном исследовании предложен методологический подход к предоставлению государственных услуг здравоохранения на основе развития межбюджетных отношений. Предложенный подход позволяет в условиях кризиса реализовать стратегию саморазвития, инициировать создание механизмов, рычагов, использующих эффект коллективных действий, тем самым создает методические предпосылки и практический инструментарий для решения задач предоставления государственных услуг здравоохранения на основе межбюджетных отношений.

Состояние научной разработки темы. Первые исследования предоставления услуг здравоохранения начинаются в рамках World Fertility Survey (1970 г.) с опросов женщин по предоставлению услуг по планированию семьи таким учеными, как Ж. Фридман, А. Тэрнер. Предоставление услуг здравоохранения в контексте качества медицинской помощи, наличия ресурсов и инфраструктуры исследовались в рамках Service Provision Assessment М. Линдлоу, А. Фагштоффом. Роль медицинского персонала в процессе оказания медицинских услуг изучалась П. Ферино (1998 г.). Взаимодействия между государством и медицинскими учреждениями в предоставлении услуг здравоохранения описывают Д. Филмер, Ж. Хаммер, Л. Притчет, Р. Реиника, Ж. Свенсон. Российским Институтом экономики переходного периода, Независимым институтом социальной политики проводятся исследования предоставления услуг отечественным здравоохранением с позиций качества и доступности медицинской помощи, раскрывая взаимодействия между поставщиками медицинских услуг (медучреждениями) и потребителями.

Отдельным вопросам формирования и функционирования межбюджетных отношений уделяется значительное внимание как в зарубежной, так и в отечественной науке. Этим вопросам посвящены работы классиков зарубежной школы публичных финансов: Р. Бодвея, С. Болиски, Р. Мюстрайва, В. Оатеса, М. Олсона, Л. Полищука, Р. Снайдера, Ч. Тибу. В отечественной школе исследования в этом направлении проводятся Институтом экономики переходного периода, Центром фискальной политики, Институтом реформирования общественных финансов и др.

Отдавая должное работам названных авторов, нельзя не констатировать, что достигнутый уровень исследований не охватывает особенностей формирования и предоставления государственных медицинских услуг, обусловленных в РФ масштабностью территории с дифференциацией денежных доходов населения, количества и мощности медицинских учреждений. За пределами научных интересов остаются финансовые взаимодействия между уровнями государственной

власти и медицинскими учреждениями в предоставлении государственных услуг здравоохранения в российских условиях. В соответствии с этим были определены объект и предмет исследования, сформулированы цель и задачи диссертационной работы.

Объектом исследования выступают государственные медицинские услуги, предоставляемые региональным и муниципальным здравоохранением.

Предмет исследования – методологические принципы и механизм предоставления государственных услуг здравоохранения на основе развития межбюджетных отношений.

Целью диссертационной работы является разработка методологического подхода, обеспечивающего повышение качества предоставления государственных услуг здравоохранения на основе перераспределения финансовых потоков между уровнями государственной власти в условиях ограниченности бюджетных ресурсов. Поставленная цель обусловила следующие **задачи исследования**:

- выделить основные теоретические направления предоставления государственных услуг здравоохранения и построения межбюджетных отношений, проводя уточнение и дополнения экономического содержания понятий концептуального аппарата: «межбюджетные отношения», «межбюджетный механизм», вводя в категориальный ряд межбюджетных отношений понятия «деволюция», «деконцентрация»;

- разработать методологические основы механизма предоставления государственных услуг здравоохранения в контексте содержания, закономерностей, противоречий инструментов межбюджетных отношений;

- определить основные черты, особенности, противоречия в стратегии предоставления государственных услуг в отрасли здравоохранения на основе межбюджетных отношений, выделив доминирующие факторы, оказывающие влияние на динамику системообразующих свойств межбюджетных отношений в предоставлении государственных услуг;

- провести сравнительный мониторинг реализации реформы местного самоуправления в Республике Татарстан, Республике Марий Эл, Свердловской области, определив особенности модели бюджетного регулирования на субфедеральном уровне в Республике Татарстан в предоставлении государственных услуг;

- исследовать достижение целевых установок по предоставлению государственных медицинских услуг и особенности осуществления условных межбюджетных грантов (на примере реализации ПНП «Здоровье») в условиях деволюции;

- оценить степень удовлетворенности населения Республики Татарстан медицинской помощью в условиях модернизации отрасли здравоохранения;
- предложить методическую базу для: мониторинга экспертной оценки модернизации предоставления медицинских услуг; диагностики удовлетворенности населения медицинской помощью; оценки налогового потенциала; мониторинга развития и результативности использования ресурсов отрасли здравоохранения.

Теоретические основы и методологическая база исследования. Многоаспектный и многоуровневый характер проблемы предоставления государственных услуг здравоохранения в построении межбюджетных отношений обусловил необходимость использования совокупности научных макроподходов, имеющих различные концептуальные основания: Public Expenditure Tracking Surveys, объясняющие предоставление медицинских услуг во взаимодействиях между государством (его уровнями) и медицинскими учреждениями; теоретические положения экономики общественного сектора; институциональной теории (теория агентств), теории общественного выбора, «трех К», концепции «баланса самоуправления и совместного ведения»; теории и концепции фискального федерализма (в частности, концепции фискальной децентрализации, гипотезы Тибу, теории клубов, «эффекта липучки»).

Для решения поставленных задач в работе широко использовались теоретико-методологические положения комплексного экономического анализа, системного анализа, SWOT-анализа, методы единства исторического и логического, индуктивного и дедуктивного, абстракции и синтеза. В качестве важнейшего инструментария эмпирического анализа применяются статистические (методы относительных величин, темпов динамики), экономико-математические методы (многофакторный регрессионный анализ), метод анализа устойчивости территориального бюджета, метод глубинного интервью, метод анкетирования. Для разработки исходной информации был использован пакет прикладных программ «Microsoft Excel», «SPSS».

Информационная база исследования сформирована из несколько типов источников. Во-первых, это законодательные акты, нормативно-правовые документы, регулирующие взаимодействия между уровнями власти в сфере публичных финансов, оказания медицинской помощи. Во-вторых, это материалы государственной, региональной и местной финансовой статистики, дающие возможность проследить масштабы преобразований межбюджетных отношений в предоставлении государственных услуг здравоохранения, провести сравнения с другими моделям и типами. В-третьих, это первичные документы Министерства финансов Республики Татарстан, Управления Федеральной налоговой службы по

РТ, Муниципального учреждения «Управление здравоохранения Исполнительного комитета муниципального образования г. Казани», Муниципального учреждения «Управление здравоохранения Исполнительного комитета муниципального образования г. Нижнекамска». В-четвертых, вышеупомянутые группы источников дополнены материалами, собранными автором в результате интервьюирования представителей законодательных и исполнительных органов власти Республики Татарстан и управленцев отрасли здравоохранения, а также полученных в процессе стажировок в Дании (2003), в ГУ-ВШЭ (2007), в Независимом институте социальной политики (2008).

Научная новизна исследования определяется следующими его результатами.

1. Разработаны методологические основы повышения качества и объема предоставления государственных услуг здравоохранения, отличающиеся активизацией использования инструментов межбюджетных отношений. При этом раскрыты адаптационные возможности их применения в условиях глобального финансового кризиса. В рамках предлагаемой методологии:

- сформулированы методологические принципы построения механизма предоставления государственных услуг здравоохранения, предусматривающего прямую и обратную связи между государством и производителями-поставщиками услуг здравоохранения и их конечными потребителями - населением, что позволяет реализовать обратное воздействие населения на качество предоставляемых услуг. При этом проведено разграничение базовых понятий «межбюджетные отношения», «механизм межбюджетных отношений», «модель межбюджетных отношений». Введены в категориальный ряд межбюджетных отношений понятия: «деволюция» как процесс разграничения и передачи доходных и расходных полномочий между уровнями власти, «*деконцентрация*» как процесс взаимодействия между уровнями власти в современных российских условиях, характеризуемый территориально-административным делением без предоставления реальной финансовой автономии;

- на основе сформулированных методологических принципов разработана структурная модель механизма предоставления государственных медицинских услуг с использованием межбюджетного инструментария, адекватного особенностям модернизации отечественного здравоохранения - разграничению бюджетных полномочий и реализации целевых межбюджетных грантов. При этом обоснованы методологические принципы, описана модель, предложена классификация видов деволюции, раскрывающей инструментальную структуру механизма предоставления медицинских государственных услуг. Структура финансовой помощи (межбюджетных грантов) субординирована в разрезе форм,

функций, степени влияния на решения субфедеральных властей по предоставлению государственных услуг в убывающей последовательности: целевые (условные) - нелимитированные - безусловные гранты.

2. Выявлены ключевые противоречия иерархической структуры предоставления государственных услуг, действия которых усиливаются в условиях глобального финансового кризиса. В их числе:

- разнонаправленные воздействия тенденций в предоставлении государственных услуг здравоохранения (централизация доходов и децентрализация расходов) в условиях глобального кризиса обостряют проблему дефицитности публичных финансов;

- возможности федеральной поддержки выравнивающей функции межбюджетных отношений в ущерб стимулирующей сужаются в условиях финансового кризиса, что может увеличить число регионов-реципиентов и негативно отразиться на поддержке и реализации социальных гарантий государства по медицинскому обслуживанию населения.

3. Доказано, что реализация реформы местного самоуправления укрепляет модель ограниченной финансовой автономии муниципалитетов с ориентацией субрегионального бюджетного регулирования на «дефицитопокрытие», что свидетельствует об ограниченной возможности финансирования производства государственных услуг в объемах, характеризующих минимально допустимый уровень их предоставления.

4. Научно обоснованы и сформулированы конкретные рекомендации по трансформации механизма предоставления государственных услуг здравоохранения. В частности:

- реализация целевых межбюджетных грантов в рамках ПНП «Здоровье», в условиях разграничения полномочий в отрасли здравоохранения, порождает распространение синдромов «взаимозаменяемости ресурсов» и «вертикального люфта», усиливающих процесс латентного недофинансирования муниципального здравоохранения. В целях нейтрализации выявленных синдромов рекомендовано законодательное закрепление ограничений на сокращение собственных (территориальных) источников финансирования при реализации целевого федерального финансирования предоставления государственных услуг (предусмотренного в рамках ПНП);

- предложена методика мониторинга экспертной оценки модернизации предоставления медицинских услуг, в апробации которой были выявлены ключевые проблемы – ограничители предоставления медицинской помощи, порожденные сегментацией здравоохранения. В числе последних: снижение научного статуса городских учреждений здравоохранения, сужающее их

конкурентные преимущества относительно лечебных учреждений республиканского уровня; ограничение выбора пациентами лечебных учреждений и получения независимой экспертизы; снижение маневренности управления крупным специализированным медицинским учреждением.

5. Установлено, что реализация публичных новаций в отрасли здравоохранения существенно не повлияла на рост качества медицинских услуг. С использованием рекомендаций специалистов ГУ «Фонд обязательного медицинского страхования Республики Татарстан» разработана программа и по репрезентативной выборке проведен опрос потребителей удовлетворенностью качеством медицинской помощи в Республике Татарстан. В результате опроса установлено: наличие существенного разрыва в удовлетворенности медицинской помощью по отобранным критериям по сравнению с официальными данными Министерства здравоохранения Республики Татарстан; нарастающее отставание мощности амбулаторно-поликлинических учреждений от потребностей первичного здравоохранения, особенно в сельской местности; снижение уровня и доступности медицинских услуг, в частности, из-за дефицита помещений при низких темпах их строительства.

6. Предложена функционально-структурная модернизация механизма самоорганизации в предоставлении государственных услуг здравоохранения на основе межбюджетных отношений, предполагающая:

- сокращение величины межбюджетных переливов с одновременным стимулированием повышения субфедеральной финансовой автономии на основе активизации мотивации к саморазвитию;

- разработку системы индикаторов для мониторинга развития отрасли здравоохранения и результативности использования ресурсов. В этих целях, в частности, предлагается создание централизованной единой информационной базы отрасли здравоохранения.

Теоретическая и практическая значимость работы. В диссертации на основе выполненных автором исследований выдвинуты теоретические и методологические положения, в совокупности составляющие новое научное направление в разработке механизма предоставления государственных услуг здравоохранения на основе развития межбюджетных отношений. Предложенная автором концепция служит основой для выработки практических мер финансового взаимодействия между уровнями власти в современных условиях по представлению медицинских государственных услуг. Теоретические и методические разработки автора диссертационного исследования доведены до конкретных научно-прикладных рекомендаций, нашедших отражение:

В деятельности законодательных и исполнительных органов власти: в реализации проекта «Финансирование социальной политики в Российской Федерации в условиях разграничения полномочий между федеральным центром, субъектами Федерации и органами местного самоуправления», осуществляемого Координационным советом по социальной стратегии при Председателе Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации; в работе Муниципального учреждения «Управление здравоохранения Исполнительного комитета муниципального образования г. Казани» по мониторингу реализации ПНП «Здоровье» и разработке индикаторов развития муниципального здравоохранения;

В рамках поддержки исследовательских проектов по грантам: «Трансформация отрасли здравоохранения на субрегиональном уровне в условиях реформирования местного самоуправления и реализации целевых межбюджетных грантов» (руководитель проекта по гранту РГНФ, 2008-2009, № 08-02-00166а); «Социальная политика в сфере здравоохранения в условиях разграничения бюджетных полномочий в Республике Татарстан и Республике Марий Эл (сравнительный анализ)» (исполнитель проекта по гранту Независимого Института Социальной Политики, 2006, № SP-06-204/3); «Формирование экономических основ федеративного государства» (руководитель проекта по гранту Академии наук РТ, 2005, № 02-2.1-221/2005(Ф)); «Концепция стимулирования социально-экономического развития регионов на основе совершенствования межбюджетных отношений» (соисполнитель проекта по гранту фонда МакАртуров и Казанского института федерализма, 2005, № 134/2005);

В учебном процессе подготовки специалистов в ряде вузов г. Казани при разработке концепции, учебных планов и программ подготовки экономистов по специальности «Финансы и кредит», а также авторских учебных курсов «Государственные финансы», «Налоговая статистика».

Апробация результатов исследования осуществлена в процессе представления научных докладов и их обсуждения на международных, всероссийских конференциях, круглых столах в Варне – Болгария (2008,2009), Киеве - Украина (2008), Копенгагене - Дания (2003), Москве (2007, 2008), Казани (1997,1998, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009), Набережных Челнах (2000), Челябинске (2001), Ульяновске (2002), Кирове (2002), Оренбурге (2002), Екатеринбурге (2003), Калуге (2004), Коломне (2006), Сызрани (2006), Магнитогорске (2006).

Публикации. Основные положения и результаты исследования изложены в 84-х публикациях автора по теме диссертации, общим объемом более 60 п.л., в том числе в 3-х монографиях, 1-м препринте, более чем в 50-и статьях, из них 10 – в

журналах, рекомендованных ВАК для публикации результатов докторских диссертаций.

Структура работы. Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения списка использованной литературы и приложений.

Основное содержание работы

Во введении обоснована актуальность темы диссертации, сформулированы цель и задачи исследования, раскрыта научная новизна и показана практическая значимость работы.

В первой главе «Теоретико-методологические основы построения механизма предоставления государственных услуг здравоохранения на основе межбюджетных отношений» анализируются существующие подходы к предоставлению государственных услуг в отрасли здравоохранения, дается обоснование необходимости межбюджетного воздействия; исследуется инструментальная структура межбюджетных отношений в предоставлении государственных медицинских услуг; разработан методологический подход и сконструирован механизм предоставления государственных медицинских услуг.

Здравоохранение это важнейшая отрасль социальной сферы по производству медицинских услуг, работающих на удовлетворение базовых потребностей населения. Поскольку медицинские услуги, являясь чистыми услугами, воплощают свой результат непосредственно в самом человеке, постольку государственные расходы на здравоохранение выступают неотъемлемым направлением инвестиций в развитие человеческого капитала. Производство государственных медицинских услуг представляет собой процесс оказания медицинской помощи населению, который раскрывается во взаимодействиях между органами государственного управления отраслью здравоохранения - медицинскими учреждениями – пациентами.

К предоставлению государственных услуг в отрасли здравоохранения можно выделить два подхода. В рамках первого подхода предоставление медицинской помощи рассматривается в контексте удовлетворения индивидуальных и групповых потребностей населения в услугах здравоохранения, предполагающее взаимодействия между поставщиками медицинских услуг (медицинскими учреждениями) и потребителями (домохозяйствами и населением). Первые исследования предоставления услуг здравоохранения начинаются с опросов женщин по предоставлению услуг по планированию семьи. Позднее в предоставлении медицинской помощи объектом исследования становится поставщик услуг здравоохранения - медицинское учреждение, в контексте: сравнительного анализа

эффективности (затраты/результат) государственных и частных медицинских учреждений; воздействия управленческих решений на отдельные индикаторы деятельности медицинского учреждения (в частности, на издержки); оценок настроений и мотивации медицинского персонала в оказании качественных и эффективных медицинских услуг.

Параллельные исследования домохозяйств и медицинских учреждений по предоставлению услуг здравоохранения в аспектах качества медицинской помощи, наличия ресурсов и инфраструктуры были заложены в основу проекта Service Provision Assessment. В рамках проектов Evaluation и Measure Evaluation проводятся обследования медицинских учреждений и интервьюирование населения в целях мониторинга трансформации системы оказания медицинской помощи и создания основы измерения влияния услуг на репродуктивные характеристики населения.

Второй подход к предоставлению государственных услуг здравоохранения (Public Expenditure Tracking Surveys) связывается с процессами организации производства и предоставления медицинских услуг: концентрируется на связях между государством и поставщиками медицинских услуг, отражающихся в движении публичных финансов от центральных органов власти в регионы и муниципалитеты, а оттуда – к производителям услуг здравоохранения, имманентным межбюджетным отношениям.

Нетрудно обнаружить, что в отечественном здравоохранении доминирует первый подход. Мониторинги доступности и качества медицинских услуг, удовлетворенности пациентов медицинских учреждений проводят самые разные субъекты: руководители медицинских учреждений; районные и городские органы управления, областные министерства и территориальные органы Росздравнадзора и Фонда обязательного медицинского страхования, федеральные органы, страховые компании, исследовательские группы. В то время как в предоставлении государственных услуг здравоохранения проявляется обусловленность взаимоотношений между производителями и потребителями медицинских услуг взаимодействиями с государством, включая в условиях сегментации отечественного здравоохранения актуализацию взаимодействий между уровнями власти.

В диссертационном исследовании предоставление государственных медицинских услуг рассматривается в контексте агентских отношений во взаимодействиях, возникающих между уровнями государственного устройства, где принципалом выступает национальный уровень государственной власти, а в качестве агента рассматриваются субфедеральные уровни той же власти.

Очевидно, что отношения между участниками производства государственных услуг не могут быть линейно определены, в процессе взаимодействия на стадии реализации предоставления государственных услуг агент может вести себя оппортунистически. В технологическом аспекте взаимодействие между уровнями власти по предоставлению государственных услуг предполагает закрепление за каждым уровнем власти определенных функций по регламентации, финансированию и доведению до населения указанных услуг, под исполнение которых определяются финансовые источники, то есть реализацию инструментов межбюджетного характера.

На основе сравнительного анализа подходов к определению основного понятийного ряда, описывающего финансовые взаимоотношения между уровнями власти (межбюджетные отношения – механизм межбюджетных отношений – модель межбюджетных отношений), проведено разграничений этих дефиниций. Так, под межбюджетными отношениями рассматривается система взаимоотношений бюджетного характера¹, складывающихся в контексте уровней государственного устройства. Под моделью межбюджетных отношений нами понимаются финансовые взаимоотношения между уровнями государственной власти, построенные в том или ином государстве, исходя их объективно сложившихся организационно-экономических, национальных, исторических условий. Механизм межбюджетных отношений – это система устанавливаемых федеральным уровнем на законодательной основе видов, форм и методов межтерриториального перераспределения части ВВП, структурированная по уровням государственной вертикали с целью выполнения функций и полномочий каждого уровня власти при гарантированном государством обеспечении представления базовых социальных гарантий населению. В действие межбюджетные отношения приводит механизм межбюджетных отношений, или межбюджетный механизм. Механизм межбюджетных отношений рассмотрен с точки зрения внутренней структуры элементов как комплекс взаимодействующих функциональных компонентов бюджетного регулирования: выравнивающего, социально-инфраструктурного, стимулирующего, компенсационного.

В диссертационной работе предлагается дескриптивно-структурная модель межбюджетных отношений. Содержание модели межбюджетных отношений описывается такими структурными элементами как: организационно-правовая регламентация; характер тенденций межбюджетного взаимодействия (централизация/ децентрализация), здесь для описания административно-

¹ Бюджетный характер описывается процессами формирования доходов и статей расходов того или иного уровня государственного устройства.

территориального деления без предоставления административно-территориальным единицам истинной автономии, характеризующейся тем, что субфедеральные единицы наделяются, с одной стороны, полномочиями, а с другой - собственными финансовыми ресурсами для их исполнения, вводится понятие «*деконцентрации*»; деволюция (разграничение публичных доходов и расходов); инструменты межбюджетного регулирования (межбюджетные гранты); механизм заимствований между уровнями бюджетной системы.

Учитывая сегментацию отрасли здравоохранения, введенную разграничением бюджетных полномочий в рамках реализации реформы местного самоуправления, особое место в теоретическом обосновании предоставления государственных медицинских услуг на основе межбюджетных отношений отводится исследованию деволюции. Под которой понимаются процессы разграничения и передачи полномочий между уровнями государственной власти. Разграничение расходных полномочий между уровнями власти в здравоохранении напрямую обуславливает производство государственных медицинских услуг, конкретизируя какой уровень власти, какой вид медицинской помощи будет производить, финансировать и «доводить» до населения. А разграничение налоговых полномочий очерчивает потенциал финансовой базы для предоставления государственных медицинских услуг. Методологическое обоснование необходимости деволюции дается: в гипотезе Тиббу, согласно которой хозяйствующие субъекты (агенты) расселяются по муниципалитетам в соответствии со своими однородными предпочтениями в общественных благах, при учете стратегии фискальной политики локальных властей (соотнося объем предоставляемых благ с величиной налогового бремени); в теории клубов, предусматривающей распределение расходных обязательств между уровнями государственной власти; в концепции фискальной децентрализации, доказывающей необходимость формирования финансовой автономии субфедеральных единиц для более полного учета потребностей населения в производстве общественных благ. В диссертации проведена классификация форм деволюции по признакам, учитывающим различие деволюции в зависимости от многообразия видового состава полномочий, законодательной регламентации, сфер приложения, технологии и т.д. Проведенное методологическое уточнение содержания деволюции дает основания для обобщения в форме сконструированной структурно-функциональной модели деволюции (рис.1), раскрывающей организацию предоставления медицинских услуг во взаимодействиях между уровнями власти.

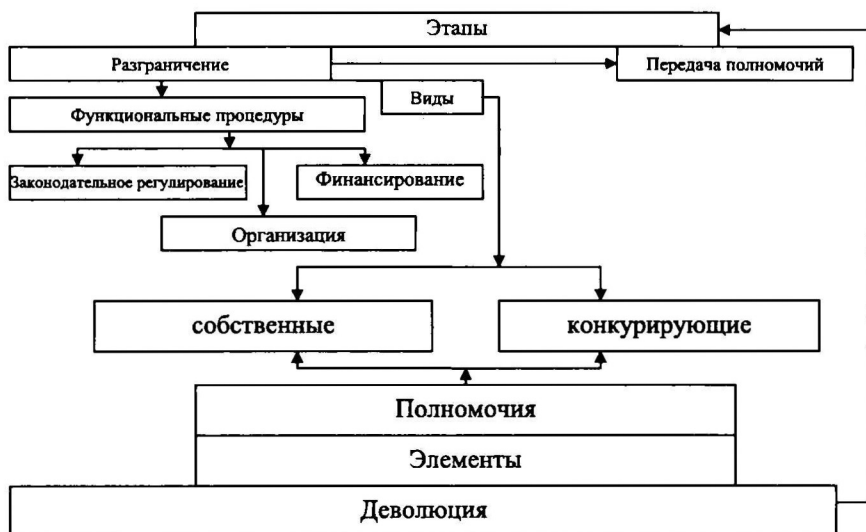


Рис. 1. Модель деволюции

Поскольку современный этап трансформации отечественного здравоохранения связан с реализацией ПНП «Здоровье», представляющего собой целевое федеральное финансирование предоставления государственных медицинских услуг на субфедеральном уровне, поступающего в форме межбюджетных грантов, постольку в системе межбюджетных отношений была дана теоретическая интерпретация межбюджетных грантов (переливов), очерчивающих собой контур финансовой помощи (табл.1). Исследование видовой структуры финансовой помощи в разрезе форм, функций позволило субординировать их по степени влияния на решения субфедеральных властей в предоставлении государственных услуг в убывающей последовательности: условные - нелимитированные - безусловные гранты. Обосновано, что в видовом срезе результативная система межбюджетных переливов должна включать нелимитированные долевые гранты, выполняющие компенсационную функцию; для поддержания определенного (стандартного) уровня предоставления государственных услуг значимы целевые гранты; в рамках реализации принципа территориальной справедливости очевидна необходимость выравнивающих трансфертов.

На основе обобщения теоретических подходов к предоставлению государственных услуг здравоохранения, обоснования необходимости межбюджетного воздействия предлагается методологический подход к предоставлению государственных услуг здравоохранения на основе межбюджетных отношений (рис 2).

Виды финансовой помощи и направления их влияния на субфедеральные власти*

| Вид финансовой помощи (гранта) | Форма | Функции | Описание влияния на предоставление государственных услуг | Исдержки |
|---|--|---|--|---|
| Нелимитированный (долговой), категориальный грант (price-reduction grant) | Осуществляется в форме софинансирования центральных правительством определенных государственных услуг, предоставляемых на субфедеральном уровне. По типу выделяют: формулы; учитывающие факторы потребности в финансировании (численность населения); проекты, распределяющиеся по усмотрению федеральной администрации | Компенсационная: сокращение стоимости производства общественных услуг для потребителей в рамках определенной территории. Стимулирующее воздействие на субфедеральные власти по выполнению определенных расходных программ, в которых заинтересованы федеральные власти и преследующие общенациональные цели. Формульные гранты, учитывающая численность населения, содержат выражающий компонент | Влияет на цену государственных услуг. Предоставляемое количество общественных благ, выражаемое в расходах, при наличии нелимитированного гранта зависит от эластичности спроса по цене | Оказывает влияние лишь на цену общественного блага |
| Безусловный, выражающийся (паушальный) грант | Трансферты, регулирующие налоги (отчисление некоторой доли федеральных налоговых платежей на субфедеральный уровень) | 1. Межтерриториальные перераспределения дохода от экономически развитых регионов к депрессивным территориям. 2. Через создание равных возможностей по стимулированию экономической активности для высокообеспеченных и низкообеспеченных регионов направлены на развитие межрегиональной конкуренции. 3. Смягчение риска резкого сокращения бюджетных доходов – синдром мятых бюджетных ограничений (МБО) | Влияет на количество предоставления государственных услуг, выраженное в величине расходов. Именно паушальный грант оказывает влияние на доход субфедеральных властей, при росте которого количество общественных благ, выражаемое в расходах, растет | Получает распространение синдром МБО. Порождает иждивенчество. Нивелирует реализацию принципа территориальной эффективности |
| Условные, блочные (целевые) гранты | Целевые программы, приоритетные национальные проекты (ПНП) | 1. Поддержка стандартного уровня предоставления общественных благ в стране независимо от уровня финансирования. При обеспечении предоставления гарантированного социального блага на территории всей страны, реализуется модификация выравнивающей функции. 2. Контроль субфедеральных властей над социальными расходами. 3. Стимулирование предоставления общественных благ субфедеральными властями | Влияют как на количество предоставления государственных услуг, так и на цену общественных благ. Количество предоставляемых общественных благ при целевом финансировании зависит от условий финансирования. Так при долевом (совместном) целевом финансировании, при наличии ограничений на сокращение собственных расходов субфедерального уровня наблюдается увеличение расходов больше, чем при нелимитированных и паушальных трансфертах. При отсутствии ограничений на сокращение собственных расходов субфедеральных властей увеличение расходов происходит в меньшей степени, чем при действиях финансируемых. | Синдром «взаимозамещения ресурсов» - замещение собственных расходов субфедеральных единиц средствами целевого трансферта в отсутствие наложения ограничений на эту процедуру. Высвобождается региональные средства направляются на финансирование других общественных благ |

* Разработано автором.

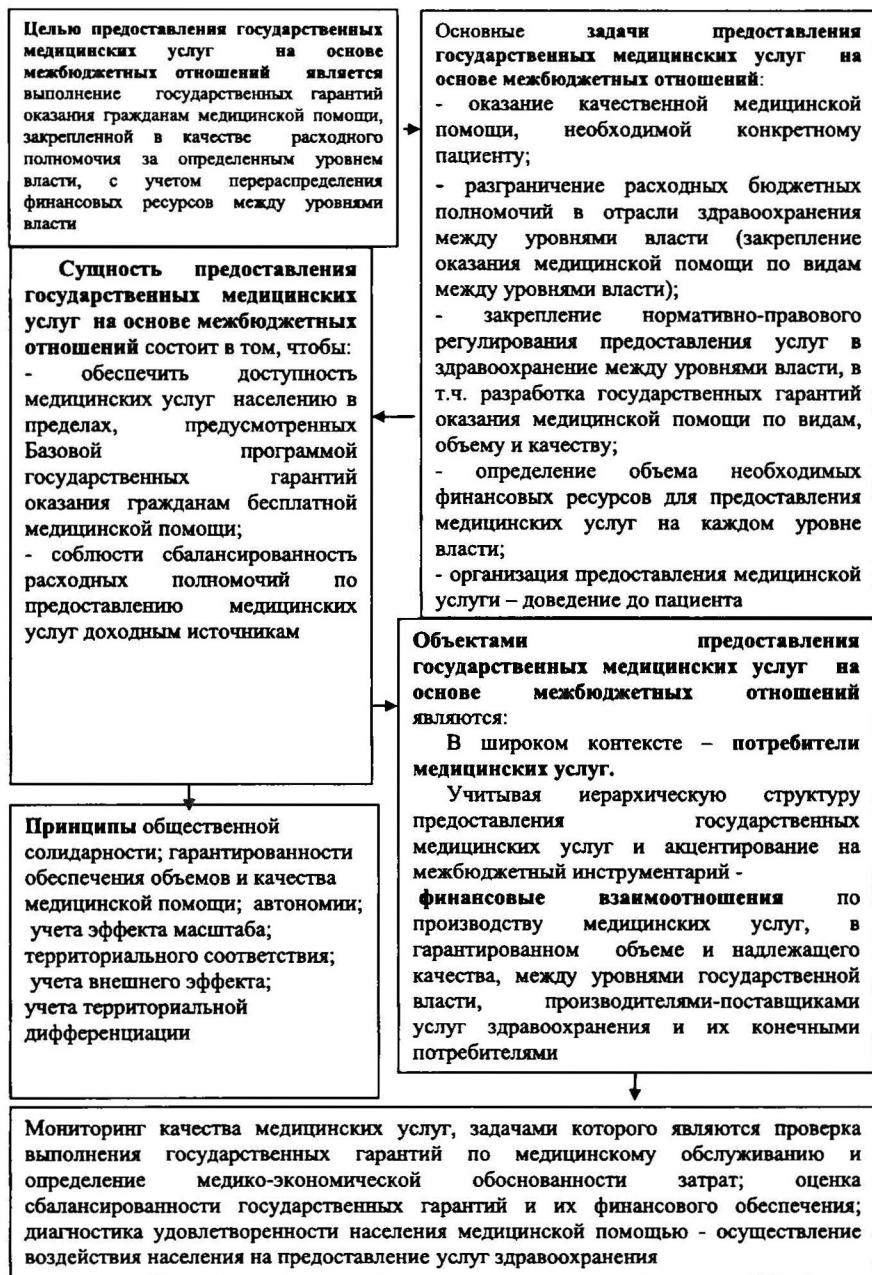


Рис. 2. Методологический подход к предоставлению государственных услуг здравоохранения на основе межбюджетных отношений

Система управления оказанием услуг здравоохранения в ходе перераспределения финансовых ресурсов между уровнями власти для совершенствования результатов ее функционирования с помощью методов и межбюджетных инструментов представляет собой механизм предоставления государственных медицинских услуг на основе межбюджетных отношений (рис.3).



Рис. 3. Структура механизма предоставления медицинских услуг на основе межбюджетных отношений

Посредством эффективно функционирующего механизма предоставления государственных медицинских услуг на основе межбюджетных отношений возможны регулирование и планирование оказания медицинской помощи, рациональное использование ресурсов в соответствии с целями государственной социальной политики.

Во второй главе диссертационного исследования «Формирование межбюджетных отношений как фактора предоставления государственных услуг здравоохранения» проведено эмпирическое исследование развития межбюджетных отношений (в контексте их инструментальной структуры) на федеральном и субфедеральном уровнях как экзогенного фактора предоставления государственных медицинских услуг.

Эмпирическое исследование организации предоставления государственных услуг в построении модели межбюджетных отношений РФ проводилось в контексте реализации налоговой деволюции как экзогенного фактора, задающего финансовый потенциал предоставления государственных услуг здравоохранения. Структура налогового поля в России образована разнообразным видовым составом налоговых платежей (косвенных и прямых и т.д.), их значительным количеством, диверсифицированной структурой налоговых баз. За анализируемый период времени упрощена видовая структура налогов: упразднены незначительные по собираемости налоговые сборы местного уровня; нивелировано двойное налогообложение в разрезе косвенных налогов. Несмотря на предпринятые попытки рационализации налоговой деволюции, перечень региональных и местных налогов заведомо недостаточен для финансирования расходов регионального и местного характера. Кроме того, полномочия по регулированию данных налогов на региональном и местном уровнях весьма ограничены.

Механизмом компенсации потери налоговых доходов территориальных бюджетов при сужении налоговой автономии субфедерального уровня на фоне расширения функциональных полномочий по предоставлению государственных услуг выступают межбюджетные гранты. За анализируемый период в межбюджетных отношениях наличествует тренд увеличения уровня межбюджетных переливов. Начиная с 2003 года в расходах федерального правительства финансовая помощь занимает лидирующие позиции, о чем свидетельствует динамика значений показателя относительной величины структуры (ОВС) межбюджетных грантов в расходах федерального правительства: $ОВС_{1998} = 10,28 \%$, $ОВС_{1999} = 7,4 \%$, $ОВС_{2000} = 8,1 \%$, $ОВС_{2001} = 15,5 \%$, $ОВС_{2002} = 13,6 \%$, $ОВС_{2003} = 30,37 \%$, $ОВС_{2004} = 30,61 \%$, $ОВС_{2005} = 34,32 \%$, $ОВС_{2006} = 33,5 \%$, $ОВС_{2007} = 33,8 \%$. Нормативный характер сложившейся к настоящему времени полифункциональной видовой структуры грантов (здесь представлено сочетание нелимитированного, безусловного и условного видов) формирует позитивные оценки эволюции финансовой помощи в РФ. В то же время полифункциональная структура грантов свидетельствует о многоканальности в перераспределении средств, распыляющей финансовые потоки и снижающей прозрачность, что заведомо невозможно в условиях кризиса.

Однако позитивный анализ, основанный на оценке как значений ОВС федеральных грантов в расходах федерального бюджета, так и механизма представления федеральной финансовой помощи регионам, показывает при реализации безусловных грантов преобладание выравнивающей направленности над стимулирующей и в целом неэффективность предоставления финансовой помощи через Федеральный фонд финансовой поддержки регионов (ФФФПР). Истоки доминирования выравнивающей направленности уходят в методику распределения средств через ФФФПР. А именно видятся в некорректности расчета показателя индекса налогового потенциала по величине добавленной стоимости, с одной стороны, рассчитываемой по данным предыдущих 3-4-х лет, с другой - предикативно отражающей налоговую базу ряда налогов (например, налога на имущество). Критические оценки доминируют и в диагностике предоставления нелимитированных грантов, выделяемых в форме субсидий через Федеральный фонд софинансирования социальных расходов (ФФССР), а также условных грантов, представляемых в форме субвенций через Федеральный фонд компенсаций (ФФК), заключаются в занижении нормативной величины потребностей, учитываемой при расчете субвенций и субсидий, относительно их фактического значения. Это на практике приводит к недофинансированию производства государственных услуг, преимущественно социального характера. В условиях кризиса для соблюдения социальных гарантий видится необходимость активизации целевых межбюджетных инструментов федерального участия в социальной сфере.

Комплексно оценивая взаимодействия проведения расходной и доходной деволюции в формировании межбюджетных отношений в РФ, можно заключить, что тенденция централизации в доходной деволюции, сопровождаемая децентрализацией в расходной деволюции, выступает свидетельством деконцентрации в межбюджетных отношениях. Выделенные противоречия и проблемы в развитии межбюджетных отношений на современном этапе, направленном на развитие продуктивности управления результативностью государственных расходов, рассматриваются нами как факторы макро-фона, оказывающие влияние на предоставление государственных услуг в конкретных отраслях публичного сектора, в частности здравоохранении. Кроме того, предоставление государственных услуг в конкретных отраслях во многом опосредовано формированием такой структуры самоорганизации населения как местное самоуправление.

В общем контексте реализации муниципальной реформы проводилось исследование формирования межбюджетных отношений на субфедеральном уровне в предоставлении муниципальных государственных услуг на примере Республики Татарстан. Выявлено, что в ходе построения системы местного самоуправления регионы демонстрируют различие стратегии. В одних субъектах

РФ был осуществлен реальный переход ко вновь создаваемой двухуровневой системе институтов местного самоуправления. В других создание институтов местного самоуправления осуществлялось путем преобразования в городские округа. Общей тенденцией для регионов явилось увеличение количества действующих муниципальных образований, что предполагается фабулой реформы местного самоуправления в РФ. Однако количественное разрастание муниципальных образований в субъектах РФ приводит к усложнению функций управления социально-экономическим развитием территорий на субрегиональном уровне, обуславливая рост административного аппарата. В результате этого региональным органам приходится взаимодействовать с большим числом муниципальных образований, их представительных органов и руководителей муниципальной администрации. Кроме того, увеличение количества муниципальных образований противоположно по направлению общемировой тенденции интеграции муниципалитетов, которая в количественном аспекте приводит к их сокращению. Реализация реформы местного самоуправления по-новому актуализировала такой метод субрегионального управления, как система индикативного планирования, перспективность которого находит подтверждение в мировой практике территориального реформирования.

Анализ, основанный на методе бюджетных коэффициентов (табл. 2), показывает, что трансформация финансовых основ, предусмотренная реформой местного самоуправления, приводит к незначительной тенденции повышения устойчивости консолидированного местного бюджета.

Таблица 2

Влияние доходной деволюции на обеспечение устойчивости консолидированного местного бюджета в РТ 2004-2007 годы*

| Показатели | Годы | | | | | | | | | |
|----------------------------------|-----------------|-----------|-----------|---------------|-----------|-----------|---------------|-----------|-----------|---------------|
| | 2004 | 2005 | | | 2006 | | | 2007 | | |
| | Местные бюджеты | Бюджет ГО | Бюджет МР | Бюджет посел. | Бюджет ГО | Бюджет МР | Бюджет посел. | Бюджет ГО | Бюджет МР | Бюджет посел. |
| Коэффициент автономии (Ка) в % | 7,8 | 19,3 | 7,9 | 8,6 | 25,1 | 7,6 | 11,6 | 24 | 8,3 | 12,9 |
| Неустойчивое состояние: 5%-10% | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Нормальное состояние: 40%-50 % | | | | | | | | | | |
| Коэффициент зависимости (Кз) в % | 92,2 | 80,7 | 92,1 | 91,4 | 74,9 | 92,4 | 88,4 | 76 | 91,7 | 87,1 |
| Неустойчивое состояние: 90%-95 % | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Нормальное состояние: 50%-60 % | | | | | | | | | | |

* Расчеты автора.

Однако, несмотря на «положительный» тренд, состояние бюджета все еще далеко от идентификации с «нормальным» или «абсолютно устойчивым». По оценке значений коэффициента зависимости местных бюджетов можно заключить, что действующий механизм формирования финансовых основ местного самоуправления укрепляет модель ограниченной финансовой автономии муниципалитетов. Укрепление модели финансовозависимых муниципалитетов, лишенных мотивации к расширению и стимулированию развития производственного потенциала, усугубляется отсутствием в структуре доходов, закрепляемых за муниципальными образованиями налогов на производство.

Обнаружено, что доходы бюджетов муниципальных образований значительно различаются в зависимости от видовой структуры местных бюджетов: бюджеты городских округов продемонстрировали большую устойчивость и однородность по сравнению с бюджетами муниципальных районов и поселений. В частности, городские округа за счет собственных доходов обеспечивают финансирование 2005 г. - 14,6 %; 2006 г. - 21,8 %; 2007 г. - 22,4% расходов. В то время как за счет собственных доходов муниципальные районы практически обеспечивают в 2005 г. - 12,4 %, в 2006 г. - 6,9%; 2007 г. - 8,5 % расходных полномочий. Примечательно, что по результатам анализа дифференциации муниципальных финансов в контексте статуса муниципальных образований в ходе реализации субмуниципальных трансформаций обнаруживается значительная неоднородность доходных источников на душу населения (без учета межбюджетных грантов) по районам и городским округам РТ. Коэффициент вариации доходных источников на душу населения (v) по муниципальным районам и городским округам в РТ в 2006- 2007 гг. равен 86%, наряду с однородностью муниципальных районов и городских округов по закрепленным бюджетным расходам на душу населения ($v=21$ %). Подобная ситуация, с одной стороны, отображает территориальную дифференциацию налогооблагаемых баз и тем самым различные возможности аккумулирования доходов муниципальными образованиями. С другой стороны, свидетельствует об унификации функциональных обязательств муниципальных районов и городских округов. Тем самым прослеживается отсутствие зависимости изменения величины расходов по мере изменения размеров доходов, что снижает стимулы к наращиванию налогооблагаемой базы для расширения предоставления локальных государственных услуг.

При оценке коэффициента вариации доходных источников на душу населения в разрезе поселений выявлена однородность «внутрирайонных» поселений по

закрепленным доходным источникам по сравнению с межрайонной неоднородностью. Кроме того, поселения экономически развитых районов демонстрируют большую однородность доходных источников, нежели депрессивные. По закрепленным бюджетным расходам на душу населения для поселений, как и для муниципальных районов и городских округов, характерно отсутствие дифференциации. Сравнивая коэффициенты вариации доходов и расходов на душу населения в контексте уровней экономического развития, обнаруживается у поселений в экономически развитых районах сближение показателей вариации по доходам и расходам, что нехарактерно для межрайонных сопоставлений.

В ходе реализации реформ на субрегиональном уровне выявлена тенденция незначительного повышения покрытия «местных» расходов собственными доходами (2004 г. – 7,3 %; 2005 г. – 13,7 %; 2006 г. – 12,8%; 2007 г – 14,5 %), выявленные низкие проценты значений покрытия прецедентны для мировой практики. Очевидно, что низкая обеспеченность расходов муниципальных образований собственными доходами обусловлена реализуемым в ходе реформ наделением местного самоуправления функциями, без закрепления за ними необходимых доходных источников, и ориентацией покрытия гарантированных населению государственных услуг за счет межбюджетных грантов. Однако, сопоставляя в целом величину доходов с расходами консолидированного местного бюджета, обнаруживается тенденция снижения покрытия расходов доходами (в 2004 г. обеспеченность доходами 93 % расходов, в 2006 г. этот показатель составил 86,2%, в 2007 г. – 98,3 %), что, в конечном итоге, свидетельствует о недопроизводстве государственных услуг на муниципальном уровне.

Исследование последствий реализации межбюджетных грантов с точки зрения достижения их приоритетных задач показало размывание выравнивающей функции (предоставления выравнивающих грантов) по бюджетным фондам в Республике Татарстан; нереализованность «стимулирующего» компонента в механизме предоставления финансовой помощи из фондов бюджетного регулирования.

С помощью корреляционно-регрессионного анализа предоставления межбюджетных грантов проведено математическое описание конкретного вида зависимостей величиной финансовой помощи на субрегиональном уровне (y) от факторных признаков: X_1 - итоговая величина дефицита бюджетов муниципальных районов и городских округов; и ключевых критериев,

предоставления межбюджетных грантов, в частности: X_2 – численность населения муниципальных районов и городских округов; X_3 – индекс бюджетной обеспеченности муниципальных районов и городских округов. В результате была получена модель регрессии:

$$Y = 129553,7 + 0,505 X_1 + 0,569 X_2, \quad (1)$$

Для сравнения влияния факторных признаков на величину дотаций по степени их относительной важности и с учетом их вариации были рассчитаны β -коэффициенты и Δ -коэффициенты, значения которых приведены в таблице 3.

Таблица 3

Оценка относительной важности факторов*

| Фактор | β -коэффициенты | Δ -коэффициенты |
|---|-----------------------|------------------------|
| X_1 - итоговая величина дефицита бюджетов | 0,313 | 0,281 |
| X_2 - численность населения | 0,209 | 0,183 |

*Расчеты автора по данным Минфина РТ.

Анализ влияния факторов на изменение величины межбюджетных грантов позволил выявить особую роль состояния дефицита бюджетов муниципальных районов и городских округов, на втором месте находится фактор, характеризующий численность населения муниципальных районов и городских округов, незначимость фактора бюджетной обеспеченности муниципальных районов и городских округов. Ориентация бюджетного регулирования на «дефицитопкрытие» свидетельствует об ограниченных возможностях финансирования производства государственных услуг в объемах, характеризующих минимально допустимый уровень их предоставления.

В третьей главе «Трансформация предоставления государственных услуг здравоохранения в условиях деволюции и реализации целевых межбюджетных грантов в рамках ПНП «Здоровье» на основе апробации предложенных методик (мониторинга экспертной оценки процессов модернизации предоставления медицинских услуг в условиях разграничения бюджетных полномочий в здравоохранении; оценки удовлетворенности потребителей качеством медицинских услуг в Республике Татарстан) исследованы основные характеристики регионального и муниципального здравоохранения, осуществлена их оценка и разработаны рекомендации по совершенствованию межбюджетного финансирования сферы здравоохранения.

Реализуемые новации в сфере межбюджетных отношений, а именно, процесс разграничения бюджетных полномочий и предоставление целевых межбюджетных грантов в рамках ПНП «Здоровье» – одни из наиболее значимых трансформаций настоящего периода, напрямую затронувшие отрасль здравоохранения. Мероприятия ПНП «Здоровье» направлены на развитие первичной медицинской помощи, подготовку и переподготовку врачей общей (семейной) практики, участковых врачей и т.д. В соответствии с проведенным разграничением полномочий по оказанию медицинской помощи: к полномочиям муниципального района отнесено оказание скорой медицинской помощи, первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных и больничных учреждениях, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов; на субъекты РФ возлагает обязанность по формированию расходов бюджетов субъектов в части оказания специализированной (противотуберкулезной, кожно-венерологической, наркологической, онкологической, обеспечение донорской кровью) медицинской помощи; на федеральный уровень возложена ответственность за развитие высокотехнологичных видов медицинской помощи. По существу российское здравоохранение сегментируется на федеральное, региональное и муниципальное.

В российской практике реализация расходной деволюции в сфере здравоохранения находит методологическое обоснование в принципе субсидиарности, предусматривающего перенесение ответственности за оказание медицинской помощи на региональный и местный уровни. Однако установки государства по вопросу предоставления медицинского блага в формате субсидиарной ответственности приходят в противоречие с ожиданиями россиян, полагающихся на государство. Это, на наш взгляд, актуализирует содержание принципа учета внешнего эффекта. Из последнего следует, что чем выше интерес общества к конкретным благам или ущерб от неиспользования социальных обязательств, тем выше уровень централизации полномочий и финансовых ресурсов.

С началом реализации публичных новаций, затронувших предоставление государственных медицинских услуг, руководство Республики Татарстан (РТ) обозначило амбициозную задачу - создание в республике системы здравоохранения на уровне развитых стран. Особое внимание в Республике Татарстан уделяется развитию высокотехнологичных видов медицинской помощи (ВМП). За 2008 г. рост ВМП составил 52,2%. Стратегия по развитию ВМП заключается в том, что она внедряется не только в столице республики г. Казани с традиционно сильными

клиниками, но и в других населенных пунктах. Отделение кардиохирургии открыто, например, на базе медсанчасти ОАО «Татнефть» в г. Альметьевске, для лечения больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения открыты пять сосудистых центров, готовятся к сдаче в эксплуатацию еще два. Руководство республики поощряет инвестиционные проекты в отрасли. В республике в таком формате созданы и функционируют 4 диализных центра, создается частный родильный дом, страховые компании инвестируют в организацию центров повышенной комфортности при государственных лечебных учреждениях.

Одновременно проводится работа по оптимизации структуры отрасли. Произошла реорганизация 4-х государственных учреждений здравоохранения, путем объединения поликлиник, больниц, родильных домов. Реорганизованы во врачебные амбулатории 6-и участковых больниц, 4 врачебные амбулатории переведены в статус фельдшерско-акушерских пунктов. В Республике Татарстан сокращается число и мощность лечебно-профилактических учреждений. За 2004-2008 гг. больничных учреждений уменьшилось в 2 раза (темп прироста $T^{np}_{2008/2004} = -43,7\%$); число диспансеров сократилось в 4 раза (темп прироста $T^{np}_{2008/2004} = -76,5\%$), амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ) стало меньше в 2,4 раза (темп прироста $T^{np}_{2008/2004} = -58,7\%$), количество фельдшерско-акушерских пунктов секвестировалось на 27 (темп прироста $T^{np}_{2008/2004} = -1,5\%$). Описанные тенденции происходят на фоне сокращения числа посещений врачей на 1 жителя, предусмотренного Программой государственных гарантий предоставления медицинской помощи в РТ (темп прироста $T^{np}_{2008/2004} = -19,1\%$). Между тем, на протяжении исследуемого периода в Республике Татарстан демонстрируется превышение числа посещений врачей АПУ относительно значений показателя в ПФО (Приволжского федерального округа), РФ; при более низких показателях обеспеченности койками круглосуточного пребывания в РТ по сравнению со среднероссийскими значениями и показателями, достигаемыми в ПФО.

Перспективы развития отрасли в Татарстане с позиций финансово-экономических показателей выглядят сложнее. Ресурсная обеспеченность здравоохранения характеризуется в исследуемом периоде снижением кадровой обеспеченности: обеспеченность врачами на 10 тыс. постоянного населения сокращается (темп прироста $T^{np}_{2008/2004} = -4,3\%$); обеспеченность средними медицинскими работниками на 10 тыс. постоянного населения уменьшается (темп прироста $T^{np}_{2008/2004} = -8,5\%$). При региональных сопоставлениях обнаруживается, что по итогам 2007 года обеспеченность врачами в РТ (39,9) незначительно ниже,

чем в ПФО (41,4) и РФ (43,3); а обеспеченность населения медицинскими работниками в РТ (102,4) демонстрировалась на более высоком уровне, чем в ПФО (101,6) и РФ (94,9).

По данным МЗ РТ, в 2006 году Республика Татарстан (РТ) по финансированию здравоохранения показала результаты ниже среднероссийских: в РФ в целом – 3378 рублей в расчете на одного человека, в РТ – 3216 рублей. В 2007 г. затраты на здравоохранение на душу населения составили: в РФ – 3951,7 руб., РТ - 3 932,5 руб. Исполнение консолидированного бюджета здравоохранения в РТ: в 2007 году выше расходов 2006 года на 23,8 %, что соответствует повышению заработной платы на 15 %, увеличению расходов на питание, медикаменты, коммунальные услуги в соответствии с установленными индексами-дефляторами; в 2006 г. выше расходов 2005 г. лишь на 13,2%, что соответствует повышению зарплат на 15% и индексации коммунальных расходов на 11%. Финансирование отрасли из средств ОМС и средств бюджета осуществлено в 2007 г. на 98%, в 2006 г. на 97,7% от плана. Справедливости ради отметим, что разрыв между показателями финансирования здравоохранения в среднем по России и РТ, более ощутимый в 2004 и 2005 годах, постепенно сокращается: в 2004 г. финансирование на 1 человека в Татарстане 64,7% от среднероссийского показателя, в 2005 г. – 72,5%, в 2006 г. – 95,2%, в 2007г. – 99,5 %.

Оценка демографических показателей в Республике Татарстан позволяет констатировать, что при общей положительной тенденции снижения отрицательного значения коэффициента естественного прироста населения в период 2004– 2008 гг. на 2%, наблюдается превышение смертности над рождаемостью, что характеризует естественную убыль населения. В исследуемом периоде увеличивается заболеваемость на 1000 человек среднегодового населения: первичная заболеваемость в 2008 г. по сравнению с 2004 г. возросла на +44,8 % (темп прироста $T^{np}_{2008/2004} = +5,9 \%$), распространенность болезней расширяется на + 205,9 % (темп прироста $T^{np}_{2008/2004} = +14,3\%$).

Поскольку по многим вопросам реализации публичных финансовых новаций в отрасли здравоохранения статистическая база находится на стадии формирования, постольку в преодолении информационной ограниченности сбор информации осуществлялся с помощью качественного социологического метода глубинного интервью. Был разработан гид интервью, включающий вопросы, позволяющие получить экспертную оценку модернизации здравоохранения и проследить ход реализации расходной деволюции во всех звеньях здравоохранения

от поликлиник до высших руководящих республиканских инстанций. Проведено 37 интервью с представителями законодательной и исполнительной власти республик, главами (заместителями) муниципальных образований; руководителями городских управлений здравоохранения, главными врачами республиканских и муниципальных ЛПУ: 22 интервью – в Татарстане и 15 - в Марий Эл (РМЭ). Различие в выборке обусловлено большей численностью населения и усложненной управленческой структурой в РТ по сравнению с РМЭ. В ходе проведенного исследования был выявлен ряд проблем для системы здравоохранения обнаруженных началом реформ.

Для Республики Татарстан это определение статуса, источников финансирования, принципов деятельности межрайонных центров, которые создавались и на базе городских ЛПУ, и в районных больницах. Таких центров и отделений, специализирующихся в определенных направлениях, в республике создано 124. В условиях муниципальной реформы содержание таких центров, оказывающих помощь жителям нескольких районов, за счет местного бюджета одного района проблематично, закрытие их будет означать реальное ухудшение медицинской помощи населению.

Проблемы межбюджетных отношений проявляют себя в организации деятельности скорой помощи. В Казани, например, 20 % вызовов скорой медицинской помощи приходится на приезжих. Остаются вопросы по организации специализированной помощи: специализированные больницы и диспансеры перешли в ведение республики, но перспективы развития специализированной помощи в виде кабинетов (наркологического, фтизиатрического и т.д.) в учреждениях первичной помощи не отрегулированы.

Вообще же сохранение целостности системы здравоохранения и ее управляемости у руководителей отрасли особых тревог не вызывает. Республика Татарстан всегда отличалась высокой степенью концентрации власти на уровне региональных органов. Тенденция к централизации власти наблюдается и в Марий Эл.

Реализация принципа приведения собственности в соответствии с функциями в рамках расходной деволюции проявилась в переводе специализированных учреждений на уровень субъектов Федераций. Перевод специализированных учреждений на уровень субъекта федераций особых трудностей не вызвал в Марий Эл. В республике было всего два муниципальных учреждения, оказывающих специализированную помощь: детский туберкулезный санаторий и Дом ребенка,

которые переданы на уровень республики. Центральные районные больницы по решению МЗ РМЭ были отнесены к структурам, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, независимо от наличия в их составе специализированных отделений. Этот процесс проходит более сложно в Республике Татарстан. Здесь существовала разветвленная сеть городских специализированных учреждений с традициями, авторитетом, каналами влияния. Главы муниципальных образований были настроены на защиту и сохранение «своих» организаций. Несмотря на то, что в республике выделение специализированной медицинской помощи началось еще в 2005 году, постановление правительства по этому вопросу было принято только в конце 2006 года. В Татарстане реализуется модель, при которой создается одно специализированное учреждение в Казани (например, Республиканская психиатрическая больница или Республиканский онкологический диспансер и т.д.) с филиалами по республике. В отличие от некоторых других регионов (Башкортостана, Чувашии, Мордовии), объединивших специализированные службы в жесткие структуры, без всякой самостоятельности подразделений («вплоть до каждой простыни они должны везти из головного учреждения»), в Республике Татарстан филиалы обладают некоторой самостоятельностью. Они защищают и утверждают свои сметы в головном учреждении, но имеют свои счета и относительно автономно ведут текущую деятельность.

Проведенное исследование дает основания для выделения следующих проблем, обнаруживаемых с реализацией разграничения полномочий в сфере здравоохранения: - снижение научного статуса городских учреждений здравоохранения, сужающее их конкурентные преимущества по уровню предоставляемых услуг относительно лечебных учреждений республиканского уровня и как следствие этого - ограничения выбора пациентами лечебных учреждений и получения независимой экспертизы;

- нехватка муниципального финансирования;
- проблемы финансового менеджмента ЛПУ. Так, в ходе исследования было выявлено отсутствие готовности главных врачей к поиску путей самофинансирования ЛПУ (за исключением единичных учреждений Казани и других крупных промышленных центров Татарстана, имеющих многолетний опыт внебюджетной деятельности) при существовании понимания необходимости введения платных услуг для функционирования ЛПУ. С одной стороны, это объясняется отсутствием сложившейся практики, а в неблагополучных муниципалитетах, таких как, например, Волжск (Марий Эл), отсутствием

платежеспособности населения, которое не привыкло платить даже за такую традиционно оплачиваемую услугу, как роды. К разочарованию в развитии платных услуг приводит и казначейское исполнение внебюджетных доходов и расходов. Особые сложности вызвало введение с 1 января 2006 года Федерального закона №94 «О размещении заказов на поставку товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд». Все респонденты единодушно отметили, что повседневная деятельность ЛПУ с введением закона усложнилась. Общее экспертное мнение в связи с мероприятиями введенными законом №94-ФЗ может быть сформулировано так: государство из всех возможных вариантов обеспечения экономии и транспарентности бюджетных средств выбрало самый громоздкий и неэффективный. Контроль за результатами финансовой деятельности руководителя заменен контролем за выполнением процедур. В итоге уже сейчас появилось множество фирм, которые по договору с бюджетными или муниципальными учреждениями оказывают услуги по подготовке и проведению торгов, взимая за услуги от победителя конкурса от 5 до 15% стоимости государственного контракта;

- структурные изменения медицинских услуг, переведенных на муниципальный уровень: сокращение возможностей поликлиник по выявлению и лечению заболеваний, падение престижа первичного звена ЛПУ, снижение доступности медицинского обслуживания для сельских жителей;

- снижение маневренности управления крупным специализированным учреждением.

Выявлено, что реорганизация структуры здравоохранения, связанная с проведением реформы местного самоуправления, оказывает решающее воздействие на финансирование предоставления медицинских услуг по видам медицинской помощи.

В ходе исследования было установлено, что доминирующие позиции в структуре финансирования по видам медицинской помощи отводятся стационарной помощи ($ОВС_{с.м.п.}^{2007} = 47,1\%$). При существенном отклонении фактического уровня предоставления медицинских услуг этого вида помощи от федерального норматива социальных гарантий обеспеченности медицинской стационарной помощью: $\Delta_{2007} = -482,1$ койко-дней на 1 тыс.жит. При увеличении финансирования стационарной помощи в 2007 г. относительно базисного периода - 2004 г. (темп прироста $T_{2007/2004}^{мп} = +23,3\%$), в исследуемом периоде тренд имеет скачкообразный характер изменений: тенденцию сокращения финансирования в

2006 году по сравнению с 2005-м (темп прироста $T^{mp}_{2006/2005} = -9,1\%$), сменяет тенденция роста в 2007 году относительно 2006-го (темп прироста $T^{mp}_{2007/2006} = +17,8\%$). Сокращение объемов финансирования стационарной медицинской помощи связано с переводом клиник по предоставлению специализированной помощи с муниципального подчинения на республиканский уровень вследствие структурной реструктуризации отрасли здравоохранения, проводимой в рамках реформы местного самоуправления. Наблюдаемая положительная динамика роста финансирования стационарной помощи в 2007 году объясняется увеличением стоимости койко-дня, предусмотренного Программой государственных гарантий обеспечения бесплатной медицинской помощи на территории Республики Татарстан, при снижении показателя обеспеченности койками на 10 тыс. населения (темп прироста $T^{mp}_{2007/2004} = -34,7\%$). Компенсационным механизмом сокращения объемов предоставления медицинских услуг выступает улучшение показателей использования коечного фонда, характеризующее интенсивный путь развития муниципального здравоохранения и свидетельствующее об его адаптационной мобильности к внедряемой концепции бюджетирования, ориентированного на результат.

Снижение в абсолютном выражении объема предоставления медицинских услуг по амбулаторно-поликлинической помощи (темп прироста $T^{mp}_{2007/2004} = -25,9\%$) при отрицательной динамике роста обеспеченности амбулаторно-поликлиническими учреждениями на 10 тыс. населения сопровождается значительным превышением обеспеченности услугами этого вида медицинской помощи относительно значения федерального норматива ($\Delta_{2007} = +2117,9$ количество посещений в смену на 1 тыс.жит.). На практике эта положительная тенденция приводит к ограничению доступности бесплатных медицинских услуг по амбулаторно-поликлинической помощи с развитием предоставления услуг на платной основе.

Для повышения доступности медицинских услуг, учитывая, что дневной стационар более экономичен, чем стационарная и неотложная амбулаторно-поликлиническая помощь, рекомендуется расширение предоставления медпомощи в дневном стационаре. При этом, следует учитывать возможность замещения в последнем аналогичного набора простых медицинских услуг или повторения стандартной медицинской технологии, проводимой в стационаре.

О недопроизводстве медицинских услуг косвенно свидетельствует тот факт, что при реализации публичных новаций в отрасли здравоохранения не удалось

преодолеть дефицитности финансовых ресурсов. Так, в исследуемом периоде латентно существует проблема недофинансирования муниципального здравоохранения по всем видам медицинской помощи. Экспертами данное явление обозначается категорией «дефицит бюджета», но официально такое явление не признается, а значит, и не существует. Однако при сравнении сумм утвержденных ассигнований и фактического финансирования (табл. 4) нетрудно обнаружить расхождение их величин в сторону отрицательных отклонений по всем видам медицинской помощи.

Таблица 4

Отклонение суммы фактического финансирования от утвержденного финансирования муниципального здравоохранения по видам медицинской помощи в 2004-2007 гг. в тыс. руб.*

| Виды помощи | Годы | | | |
|--|----------|----------|-----------|------------|
| | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
| Стационарная медицинская помощь | -13733,4 | +1128,2 | -21977,38 | +169795,65 |
| Дневной стационар | -905,3 | -997,8 | -3642,1 | +0,3 |
| Амбулаторно-поликлиническая помощь | -3391,4 | +1070,42 | -12016,4 | -16670,2 |
| Скорая медицинская помощь | -3391,4 | -162,8 | -259,2 | -324,7 |
| Оказание медицинской помощи по родовспоможению (АП) | 0 | -846,6 | -11 784,4 | -16299,15 |
| Оказание медицинской помощи по родовспоможению (стационар) | 0 | -15081,8 | -464,12 | +30742 |

* Рассчитано по данным МУ «Управления здравоохранения Исполнительного комитета муниципального образования А».

Об изменении направлений финансовых потоков в сфере здравоохранения в условиях разграничения бюджетных полномочий и реализации ПНП «Здоровье» позволяет судить проведенный анализа структуры источников финансирования отрасли здравоохранения в разрезе муниципальных образований: А - город мегаполисного типа; Б – город нефтехимической специализации; В – муниципальное образование типа сельского (районного) поселения (табл. 5). По результатам анализа сделан вывод о том, что экономическая развитость муниципалитетов является решающим фактором снижения рисков при переводе первичной медицинской помощи на муниципальный уровень. Развитость муниципального образования дает возможность финансирования статей расходов, обеспечивающих развитие здравоохранения, за счет привлечения заемных средств или средств спонсоров. С позиций институционального анализа интерпретировать существование источника финансирования «спонсорская помощь» можно как свидетельство проявления синдрома «неформальной автономии» муниципалитета, который реализуется в косвенном контроле территориальных хозяйствующих субъектов муниципальной администрацией. В экономически слабых

муниципалитетах основными источниками финансирования остаются средства ОМС, местного бюджета и субвенции, получаемые по ПНП «Здоровье».

Таблица 5

Источники финансирования отрасли здравоохранения в муниципальных образованиях А, Б, В в 2005-2007 г.г. в %*

| Источники финансирования | Муниципальные образования | | | | | | | | |
|--|---------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | А | | | Б | | | В | | |
| | Годы | | | | | | | | |
| | 2005 | 2006 | 2007 | 2005 | 2006 | 2007 | 2005 | 2006 | 2007 |
| ОМС | 48,7 | 56,6 | 60 | 40 | 48,2 | 49,7 | 44,7 | 36,5 | 41,3 |
| Местный бюджет | 36,2 | 25,7 | 20,1 | 25,7 | 22 | 18,3 | 53,3 | 45,6 | 38,7 |
| В т.ч Федеральная целевая программа | X | X | X | 5,2 | X | X | - | - | - |
| Внебюджет (платные услуги) | 6,6 | 5,6 | 6 | 19,6 | 16,0 | 17 | - | - | - |
| Республиканский бюджет | X | 1 | 1,5 | 4,4 | 1,3 | 1 | - | - | - |
| Федеральный бюджет | X | X | X | 6,0 | 0,5 | 0,5 | - | - | - |
| Спонсорская помощь | X | X | X | 4,3 | 5 | 4,5 | X | X | X |
| Средства «МБРР» | 8,5 | 0,1 | 0,3 | X | X | X | X | X | X |
| Субвенции на реализацию ПНП «Здоровье» | X | 11 | 12,1 | X | 7,0 | 9 | X | 17,9 | 20 |
| Всего | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

* Рассчитано по данным МУ «Управление здравоохранения исполнительного комитета муниципального образования г. А и Б, В».

При исследовании структуры финансирования отрасли здравоохранения выявлено воздействие синдрома «взаимозаменяемости ресурсов», проявляющегося в сокращении субфедерального финансирования здравоохранения при появлении дополнительного федерального целевого финансирования в рамках национального проекта «Здоровье» даже в экономически развитых городских муниципальных образованиях ($T^A_{p2007/2005} = -16,1\%$; $T^B_{p2007/2005} = -7,4\%$; $T^B_{p2007/2005} = -14,6\%$). Распространение синдрома «взаимозаменяемости ресурсов» в институциональном срезе, с одной стороны, демонстрирует оппортунизм субфедеральных властей. С другой стороны, наличие в государственном управлении синдрома «вертикального люфта» - расхождение в установках федерального и субфедерального уровней государственного управления по приоритетности расширения предоставления государственных медицинских услуг. На практике этот синдром раскрывается в снижении ответственности субфедеральных властей, проявляемом в сокращении территориального финансирования медицинского обеспечения, при провозглашении приоритетности и целевом финансировании медицинского

обеспечения федеральным уровнем государственного управления. Причины распространения описанного синдрома уходят к истокам построения межбюджетных отношений. Видятся же они в следующем. Во-первых, децентрализация расходных обязательств осуществляется на фоне централизации доходов, сужающей собственную доходную базу территорий. Во-вторых, как свидетельствует мировой опыт, реализация целевых межбюджетных переливов в условиях отсутствия ограничения на сокращение собственных доходных источников субфедеральных властей приводит к замещению ими территориального финансирования.

Реализация публичных новаций в отрасли здравоохранения существенно не повлияла на рост качества медицинских услуг. В рамках исследования нами был проведен опрос в августе - ноябре 2008 года (N=829). Целью исследования было выяснить удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи по видам. В выборку попали жители столицы, двух крупных городов, двух средних городов, двух сельских районов Республики Татарстан. Опрос был организован в стационарах, поликлиниках, на предприятиях и организациях населенных пунктов. Таким образом, мы опросили людей, находящихся на стационарном лечении (или в родильном доме), проходящих обследование или лечение в поликлиниках и тех, кто в момент опроса не находился в непосредственном контакте с медиками (эта группа далее называется «население»). Были разработаны анкеты для каждой группы респондентов, содержащие одинаковые основные вопросы и дополнительные вопросы для отдельных категорий. Анкета была составлена с использованием опросных листов и рекомендаций специалистов ГУ «Фонд обязательного медицинского страхования Республики Татарстан». Анкетеры представлялись как не медицинские работники, пациенты стационаров получали анкеты в чистых конвертах, которые раздавались в запечатанном виде. Обработка результатов анкетного опроса осуществлялась в программном продукте SPSS.

Медицинскую помощь оценили как качественную или скорее качественную 63,2 % опрошенных, а 18% считают услуги медиков некачественными или скорее некачественными. Остальные респонденты затруднились с ответом. Справедливости ради отметим, явные отличия в полученной доле удовлетворенности медицинской помощью по сравнению с данными МЗ РТ (72 - 80%). Принятие министерством повышенных обязательств (согласно Соглашению между Минздравсоцразвития РФ, Кабинетом министров РТ и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (ФОМС) по реализации

пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения, удовлетворенность должна быть 82%) может привести к желанию «улучшить» результаты. Понятно, что «улучшение» статистики не приводит к улучшению положения вещей, а напротив, может помешать своевременному реагированию на имеющиеся дефекты.

Для нас стало неожиданностью практически равномерное распределение удовлетворенности среди групп респондентов: по 64,1% пациентов стационаров и респондентов, относящихся к «населению», оценили медицинскую помощь как качественную и скорее качественную. Оценивающих помощь как некачественную несколько больше среди населения – 22,1% против 14,4% в группе пациентов стационаров. Мы полагали, что пациенты стационаров, находящиеся в «стенах» лечебного учреждения, проявят понятную осторожность и будут выбирать более высокие оценки, а респонденты «население», не находящиеся на лечении, напротив, будут выбирать более низкие оценки, ориентируясь не только на собственные впечатления, но и отзывы близких, знакомых, СМИ.

Несмотря на то, что национальный проект ориентирован на укрепление первичного звена здравоохранения, в целом сопоставимый, но более низкий уровень удовлетворенности демонстрируют пациенты поликлиник: здесь удовлетворенность 57,7%, каждый четвертый респондент считает медицинскую помощь некачественной или скорее некачественной. Среди проблем медицинского обслуживания респонденты отмечают: длинную очередь к участковому врачу (33,9%); многодневную очередь на прием к узкому специалисту (25,6 %); каждый четвертый (24,4%) жалуется на очереди или невозможность пройти УЗИ, ЭКГ. Каждый шестой респондент недоволен тем, что очередь на сдачу анализов крови достигает несколько дней.

Такое положение вещей, как представляется, указывает на некоторые проблемы не только не решенные в рамках ПНП «Здоровье», но и усугубленные им. Во-первых, это острый дефицит помещений в поликлиниках, обусловленный на фоне низких темпов нового строительства увеличением потребности в дополнительных помещениях в связи с реализацией мероприятий по национальном проекту. В частности, в Республике Татарстан установлено 432 единицы нового медицинского оборудования, что потребовало выделения соответствующих помещений; созданы 169 отделений, офисов общеврачебной практики, в которых работают 826 врачей общей практики, что потребовало выделения кабинетов. Во-вторых, несмотря на провозглашение в последние 10 лет приоритетности развития

первичного здравоохранения, мощность амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ) республики возросла всего на 3,5 %. Причем рост был обеспечен за счет города, в селе мощность АПУ снизилась на 11 %.

Отдельные опасения предоставления медицинских услуг связаны с влиянием развернувшегося мирового финансового кризиса. При выявленных синдромах «вертикального люфта» и «взаимозаменяемости ресурсов», низкой финансовой автономии территорий на расширение субфедерального финансирования отрасли рассчитывать не приходится. Для нивелирования синдрома «взаимозаменяемости ресурсов» рекомендуется федеральное финансирование предоставления государственных медицинских услуг, предусмотренных в рамках национального проекта, осуществлять при законодательном закреплении ограничений на сокращение собственных (территориальных) источников финансирования. Реализация принципа учета внешнего эффекта детерминирует в федеральном участии приоритетность целевых инструментов финансирования предоставления государственных медицинских услуг.

В четвертой главе «Совершенствование построения межбюджетных отношений в предоставлении государственных медицинских услуг» дано концептуальное обоснование функционально-структурной модернизации механизма самоорганизации в предоставлении государственных услуг здравоохранения на основе межбюджетных отношений в современных условиях.

Проведенный анализ формирования модели межбюджетных отношений дает основания утверждать, что позитивные сдвиги в развитии предоставления государственных медицинских услуг требуют разработки конкретных решений, избирательных относительно различных территорий и в то же время инкорпорированных в рамках единых правил действия. Это обеспечит условия для саморазвития регионов и придаст процессам саморазвития и самоорганизации целенаправленный характер, послужит основой для усиления их позитивных сторон.

При теоретическом обосновании направлений развития межбюджетных отношений в России автор исходил из следующих положений:

- о взаимодействии, предусматривающем прямую и обратную связи между государством и производителями-поставщиками услуг здравоохранения и их конечными потребителями, что позволяет осуществлять воздействие населения на качество предоставляемых медицинских услуг;

- достижении компромисса между эффективностью и равенством при предоставлении государственных услуг на основе межбюджетных отношений в контексте механизма перераспределения ресурсов от одних территорий к другим;

- в условиях дефицитности бюджетных ресурсов, обострившейся в период кризиса, необходимо изменение функциональной ориентированности межбюджетных отношений от преимущественно выравнивающе-фискальной, направленной на «латание» бюджетной дефицитности на субфедеральном уровне, к стимулирующей региональное развитие;

- для результативного воздействия отдельные инструменты межбюджетных отношений должны быть увязаны воедино, подчиняться единой стратегии трансформации межбюджетных отношений, интегрируя различное функциональное предназначение межбюджетного инструментария. Другим словами, в межбюджетных отношениях недопустима децентрализация расходов на фоне централизации доходов. Кроме того, при выделении условных грантов в условиях централизации доходов и децентрализации расходов следует учитывать неоднозначность достижения их целевой установки по увеличению предоставления общественного блага. Только на основе системной координации регулирующих мер, в том числе и в контексте межбюджетных отношений, возможно решение стратегических задач. В этих целях предлагается концепция формирования межбюджетных отношений, поощряющих коллективные действия.

Концепция поощрения коллективных действий подразумевает совместные действия уровней государственного устройства, в частности по развитию производства общественных благ либо по снижению их стоимости. При этом имеется в виду, что взаимодействие основывается на принципе субъектно-объектной симметрии. Согласно этому принципу, межбюджетный механизм нельзя рассматривать как предмет только федерального участия. Процесс построения взаимоотношений между уровнями власти в многоуровневом государстве, в том числе в контексте предоставления государственных услуг и межбюджетных отношений, должен проходить в рамках совместных решений различных уровней власти. Вместе с тем большое значение имеет то, чтобы интересы разных субъектов РФ не превратились в определенное противостояние и зону постоянных конфликтов, в том числе ущемление региональной инициативы.

Важнейшими принципами должны стать налаживание отношений сотрудничества, лояльности, проведение конструктивных обсуждений с региональными экспертами. Думается, что договорные отношения – один из

существенных факторов развития. Это способ сравнения альтернативных путей территориального развития. Диалог федерального правительства, субфедеральных властей, общественности будет способствовать корректировке, сближению целей и способов их реализации. Это послужит основой для нивелирования со стороны субфедерального правительства оппортунизма и возможностей «перекладывания» ответственности на федеральный уровень, в целом иждивенческих настроений. Готовность правительства к партнерскому согласованию позиций по межбюджетным отношениям с широким кругом заинтересованных сторон предполагает организацию эффективного потока информации, выполняющего функции прямой и обратной связи между уровнями власти и населением. Основным направлением информационной политики должно стать не столько наращивание количественного потока информации, сколько кардинальное повышение ее качества и транспарентности. Обеспечение транспарентности межбюджетных отношений тесно связано с развитием механизмов ответственности перед населением за предоставление государственных услуг со стороны всех уровней власти.

Концепция поощрения коллективных действий в построении межбюджетных отношений предусматривает стимулирование механизмов самоорганизации, основанных на сокращении величины межбюджетных переливов с одновременным стимулированием повышения субфедеральной финансовой автономии. В целях стимулирования инициативы и нивелирования оппортунизма субрегиональных властей привлекает внимание опыт субфедерального индикативного управления территориальным развитием Республики Татарстан. Учитывая опыт Республики Татарстан, в предлагаемой концепции для создания у территорий мотивации к саморазвитию предлагается использовать передачу части собранных сверх плана на данной территории налогов и сборов на субфедеральный уровень при условии достижения индикаторов социально-экономического развития территории.

На основе использования «расширенного» подхода прямого репрезентативного метода оценки налогового потенциала в Республике Татарстан, верификация гипотезы о возможности аккумулирования налогов в сумме большей от собираемой величины, подтвердилась.

С одной стороны, в качестве одного из направлений рационализации государственных расходов, с другой - как инструмент стимулирования территориальной инициативы в бюджетном регулировании (в механизме предоставления финансовых грантов при достижении заданных нормативов

территориального развития), позиционируется индикативное планирование. Как свидетельствуют результаты проведенного исследования, в Республике Татарстан сложилась «жизнеспособная» структура индикаторов мониторинга как развития здравоохранения, так и сводной оценки территориального развития. Предложенные рекомендации по результатам SWOT-анализа и экспертного опроса указывают на направления рационализации индикативной оценки с учетом отражения проводимых трансформаций в сфере здравоохранения. В частности, для эффективного управления отраслью необходимо формирование централизованной единой информационной базы отрасли здравоохранения; целесообразно включить в структуру индикаторов показатели фондовооруженности, качества медицинских услуг и распространенности здорового образа жизни; в составе финансовых показателей выделить уровень расходов на здравоохранение в консолидированном бюджете Республики Татарстан в ВРП, размер финансирования здравоохранения за счет местных бюджетов.

В заключении диссертационной работы приведены выводы по результатам исследования и предложены рекомендации по использованию разработанных в диссертационной работе методологических принципов и механизма предоставления государственных медицинских услуг на основе развития межбюджетных отношений.

ОСНОВНЫЕ ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Монографии, учебники

1. *Кулькова В.Ю.* Межбюджетный механизм финансирования государственных услуг в отрасли здравоохранения Республики Татарстан. – М.: Креативная экономика, 2008 (14 п.л.).
2. *Кулькова В.Ю.* Методические аспекты оценки налогового потенциала территории в контексте совершенствования межбюджетных отношений в РФ //Формирование российской модели межбюджетных отношений: взгляд из Татарстана – Казанский федералист, 2005.- № 2 (18). – Гл 3. – (5 п.л., авторская часть 1,2 п.л.).
3. *Кулькова В.Ю.* Особенности формирования и развития человеческого капитала в Республике Татарстан //Основы экономической теории человеческого капитала, под ред.Ф.Г. Хамидуллина. – Казань: ФЭН, 2007.- . Гл.10.- (16,25 п.л., авторская часть 1,5 п.л.).

4. *Кулькова В.Ю.* Основы рыночной экономики: учебно-методическое пособие / Под ред. В.В. Авиловой. - Казань: Изд-во КГТУ, 1998. - Часть 1.- (4,2 п.л., авторская часть 3,0 п.л.).
5. *Кулькова В.Ю.* Социальная демография: учебное пособие (гриф УМО).-Казань: Изд-во КГМУ, 2003 (5,9 п.л.).

Публикации в периодических научных изданиях, рекомендованных ВАК

6. *Кулькова В.Ю.* Технология совершенствования межбюджетных отношений в условиях асимметрии регионального развития в Российской Федерации //Наукоемкие технологии.- 2005.- № 8-9. Т.6 (1,1 п.л.).
7. *Кулькова В.Ю.* Подходы к определению налогового потенциала в контексте совершенствования межбюджетных отношений в Российской Федерации //Налоги.- 2005.- Вып.2 (1 п.л.).
8. *Кулькова В.Ю.* Налоговое регулирование асимметрии регионального развития на основе совершенствования межбюджетных отношений в РФ // Финансы и кредит. – 2005. - № 28 (1,4 п.л.).
9. *Кулькова В.Ю.* Формирование модели межбюджетных отношений в Российской Федерации: этапы, тенденции, проблемы // Вестник Казанского технологического университета. – 2006.- № 1 (1,1 п.л.).
10. *Кулькова В.Ю.* Теоретические основы становления института деволюции в контексте формирования межбюджетных отношений // Региональная экономика: теория и практика. – 2007. - № 5 (44) (1,25 п.л.).
11. *Кулькова В.Ю., Мухарямова Л.М.* Формирование индикаторов мониторинга развития отрасли здравоохранения: опыт Республики Татарстан // Вопросы статистики. - 2007. - №3 (0,4 п.л., авторская часть 0,3 п.л.).
12. *Кулькова В.Ю.* Предоставление межбюджетных грантов в реализации бюджетного регулирования на субнациональном уровне // Национальные интересы: приоритеты и безопасность. – 2008.- № 1 (1,25 п.л.).
13. *Кулькова В.Ю.* Анализ состояния бюджетов муниципальных образований в РТ в условиях муниципальной реформы и разграничения доходных и расходных полномочий // Региональная экономика: теория и практика. – 2008. - 1(58) (1,25 п.л.).
14. *Кулькова В.Ю., Мухарямова Л.М.* Реформирование местного самоуправления: российские практики в контексте мирового опыта //Экономика региона. – 2008.- № 2 (14) (1,1 п.л., авторская часть 1 п.л.).

15. *Кулькова В.Ю., Мухарямова Л.М., Шулаев А.В.* Финансовые аспекты трансформации отрасли здравоохранения на субрегиональном уровне в условиях реформирования местного самоуправления и реализации нац.проекта «Здоровье» // Национальные интересы: приоритеты и безопасность. - 2008. - № 11 (34) (0,75 п.л., авторская часть 0,5 п.л.).

Публикации в других изданиях

16. *Кулькова В.Ю.* Основные проблемы межбюджетных отношений в субъектах РФ как пути реформирования системы местного самоуправления // Материалы международной научно практической конференции «Организационно-экономические проблемы муниципального управления». - Набережные Челны: Камский ИД, 2000 (0,1 п.л.).

17. *Kulkova V.* Multinational integrity of social work of Europe in conditions of globalization //Social work. - Copenhagen, 2003 (0,1 п.л.).

18. *Кулькова В.Ю.* Сравнительный анализ методик оценки налогового потенциала региона // Совершенствование законодательства в условиях социально-экономического развития России. - Калуга: ИГС, 2004 (0,3 п.л.).

19. *Кулькова В.Ю.* Реформирование межбюджетных инструментов регулирования асимметрии регионального развития в РФ //Судьба реформ и реформаторство в России. Материалы Всероссийской научно-практической конференции. – Коломна: КГПИ, 2006 (0,4 п.л.).

20. *Кулькова В.Ю.* Межбюджетный механизм финансирования социальной сферы (на примере Республики Татарстан) // Социальная жизнь регионов: между прошлым и будущим (сборник материалов по итогам семинаров, проведенных Координационным советом по социальной стратегии при Председателе Совета Федерации Федерального собрания РФ в центральном, сибирском и северо-западном федеральных округах). - М., 2007 (1,5 п.л.).

21. *Кулькова В.Ю.* Институциональный анализ воздействия механизма целевых межбюджетных трансфертов на решение субнациональных властей (на примере реализации приоритетного национального проекта «Здоровье») // Сборник работ Летней школы институционального анализа. – М.: ГУ-ВШЭ, 2007 (1 п.л.).

22. *Кулькова В.Ю., Мухарямова Л.М., Петрова Р.Г.* Социальная политика в сфере здравоохранения в условиях разграничения бюджетных полномочий в Республике Татарстан и Республике Марий Эл // Социальная политика реалии XXI века. – М.: НИСП, 2007. – Вып. 3: GP3/2007 (1,9 п.л., авторская часть 0,3 п.л.).

23. *Кулькова В.Ю.* Применение регрессионного анализа в диагностике бюджетного регулирования на субнациональном уровне// Сибирская финансовая школа. – 2008. – № 2 (0,4 п.л.).
24. *Кулькова В.Ю.* Формирование предоставления медицинских услуг: концептуальное осмысление в контексте агентской теории // Проблеми та перспективи розвитку підприємництва в Україні. – Київ.: Нац.торг.екон.ун-т, 2008 (0,1п.л.).
25. *Кулькова В.Ю.* Концепция поощрения коллективных действий в обосновании направлений развития межбюджетных отношений //Общественный сектор в экономике России: теория и практика реформ: Доклады и выступления конференции. – М.: МАКС Пресс, 2008 (0,5 п.л.).

